

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3764/2007

ATAS/405/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 8 avril 2008

En la cause

Madame Y_____, domiciliée à CHATELAINE, comparant
avec élection de domicile en l'étude
de Maître ZWAHLEN Guy

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Y _____, ressortissante marocaine née en septembre 1963, est arrivée en Suisse en septembre 1991. Elle y a notamment exercé les professions d'aide-soignante, de femme de chambre et de nettoyeuse.
2. Le 14 mai 1998, l'assurée a été victime d'un accident. Elle a été renversée par un motocycliste alors qu'elle traversait une rue.
3. En date du 16 janvier 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une fibromyalgie généralisée intervenue suite à son accident de la circulation. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a dans ce cadre rassemblé diverses attestations médicales.
4. Dans un rapport du 23 octobre 1998, adressé à la SUVA, le Dr A _____, spécialiste en orthopédie, a diagnostiqué des contusions multiples, principalement au niveau de l'hémithorax gauche et de la hanche gauche ainsi que des douleurs au niveau des deux pieds. Il n'y avait aucune impotence fonctionnelle des membres.
5. Dans un rapport du 10 décembre 1998, le Dr B _____, neurologue, a indiqué qu'aucun signe de lésion neurologique n'était présent à l'examen clinique ni à l'EMG, susceptible d'expliquer les douleurs de la patiente.
6. Dans un rapport du 22 mars 1999, le Dr C _____, médecin traitant généraliste, a indiqué que les multiples examens effectués sur la patiente n'avaient mis en évidence aucune pathologie. L'assurée souffrait "d'une sévère fibromyalgie" suite à son accident du 14 mai 1998.
7. Dans un rapport du 2 mai 2001, le Dr C _____ a relevé que la patiente pouvait tenir la position assise deux à trois heures par jour, utiliser ses deux bras pendant une à deux heures et porter des charges de un à deux kilos. Aucune activité n'était adaptée à l'état de santé de l'assurée (la première partie du rapport de ce médecin manque au dossier de l'OCAI).
8. Dans un rapport du 1^{er} janvier 2002, le Dr C _____ a diagnostiqué un état dépressif ainsi "qu'une évolution allant vers une fibromyalgie". L'incapacité de travail était totale depuis le 29 juin 1998 et l'état de santé s'aggravait.
9. En septembre 2002, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique conduite par la Dresse D _____. Celle-ci a diagnostiqué un "trouble somatisation" ainsi qu'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, consécutif au trouble somatisation. Le pronostic était sombre tant sur la possibilité que l'expertisée puisse retrouver une qualité de vie acceptable que quant à sa récupération d'une capacité de travail. L'assurée était actuellement totalement incapable de fournir une activité professionnelle en raison des troubles psychiques

qu'elle présentait, qu'elle percevait sous forme de douleurs physiques multiples invalidantes. Ces troubles psychiques étaient également responsables d'un isolement social total (cf. rapport d'expertise du 26 septembre 2002 de la Dresse D_____).

10. Dans un rapport du 18 novembre 2002, la Dresse E_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a relevé que l'incapacité de travail était totale depuis le 26 novembre 1998 en raison de troubles psychiatriques.
11. Par décisions des 14 janvier, 4 et 18 février 2003, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 2000.
12. En automne de 2004, l'OCAI a initié une procédure de révision de la rente d'invalidité et a dans ce cadre interrogé les médecins traitants de l'assurée.
13. Dans un rapport du 18 janvier 2005, le Dr F_____, neurologue, a diagnostiqué une cervicobrachialgie gauche sur hernie discale C5-C6 depuis septembre 2003 et une fibromyalgie. L'état de santé s'aggravait et l'incapacité de travail était totale.
14. Dans un rapport du 7 février 2005, le Dr G_____, spécialiste en médecine interne et nouveau médecin traitant, a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique post-traumatique depuis le 14 mai 1998. L'état de santé était stationnaire et la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée.
15. Dans un rapport du 16 septembre 2005, le Dr G_____ a indiqué que le traitement à son cabinet avait débuté le 30 septembre 2003. Il n'y avait pas eu de suivi psychiatrique par un spécialiste.
16. En date du 14 mars 2007, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatopsychiatrique conduit par des médecins du SMR. Dans leur rapport du 27 mars 2007, le Dr H_____, rhumatologue, et la Dresse I_____, psychiatre, ont diagnostiqué des cervico-brachialgies gauches chroniques persistantes sur hernie discale C5-C6 gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des lombalgies communes dans le cadre de troubles statiques (anomalie transitionnelle lombo-sacrée) et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était un hémisyndrome douloureux gauche persistant sans substrat anatomique adéquat. Les médecins ont notamment formulé les remarques suivantes : "Si l'on ne peut contester la réalité de la hernie discale cervicale et de la cervico-brachialgie gauche probablement discrètement déficitaire, si l'on ne peut contester la réalité de la capsulite rétractile de l'épaule gauche et si l'on ne peut contester l'existence de troubles dégénératifs d'ailleurs modestes, au niveau lombaire, force est d'admettre que, objectivement, il existe une disproportion importante entre les plaintes surabondantes, l'apparente

inefficacité de tous les traitements antalgiques essayés qu'annonce l'assurée et les constatations objectives. Il existe donc une amplification des plaintes qui sont disproportionnées par rapport aux atteintes à la santé objective. Malgré cette part d'amplification des plaintes, pour des raisons non somatiques, les atteintes à la santé documentées déterminent des limitations fonctionnelles évidentes qui seraient de toute façon incompatibles avec l'activité antérieure de nettoyeuse ou d'aide-infirmière qu'exerçait l'assurée et qui ne seraient que partiellement compatibles avec une activité dite adaptée. (...) L'examen de ce jour [psychiatrique] met en évidence une détresse, mais pas de signes objectifs de dépression (même l'attention et la concentration ont été sans faille durant plus de trois heures d'entretien au total). À ce titre, l'assurée a des moyens psychiques de travailler à nouveau, même à plein temps à condition d'être alphabétisée, ce qui réduirait son sentiment de détresse. Elle est fortement demandeuse et s'accorde à cette appréciation. Quant aux critères de gravité de sa problématique douloureuse chronique, l'assurée n'a donc pas de comorbidité psychiatrique. Les affections corporelles chroniques sont décrites dans le versant somatique de cet examen. Le processus maladif dure depuis son accident de circulation de mai 1998 ; l'attitude n'est toutefois pas figée, l'assurée comprend bien les explications qui lui sont données et peut y adhérer. Il y a un repli social relatif, l'assurée craignant de sortir seule en raison de la croyance de l'imminence de sa mort. Toutefois elle a un petit cercle d'amis et est capable de sortir seule, notamment pour réaliser quelque achat. Le processus défectueux de résolution du conflit est une croyance erronée, traitable, et les traitements conformes aux règles de l'art ne peuvent être efficaces tant que l'assurée ne comprendra pas les processus de somatisation en jeu. Il n'y a aucun signe de non-coopération".

Les limitations fonctionnelles présentées étaient les suivantes : s'agissant de la cervico-brachialgie gauche et de la capsulite rétractile de l'épaule gauche : pas de travail sollicitant le membre supérieur gauche en force au niveau de la ceinture scapulaire ni de travail imposant des manipulations fines avec la main gauche compte tenu des troubles sensitifs, pas de travail imposant le maintien prolongé de la tête dans une position immobile quelconque; s'agissant du rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ni de port de charges, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité. Au plan somatique, compte tenu des atteintes en présence, lesquelles s'étaient aggravées au fil du temps, il convenait d'admettre que l'assurée n'était effectivement plus en mesure d'exercer ses activités antérieures qui étaient à considérer comme lourdes physiquement. Dans une activité adaptée, une capacité de travail résiduelle de 50% au maximum pourrait être envisagée. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait développé une symptomatologie dépressive réactionnelle à ses douleurs. Cette symptomatologie pourrait largement s'amender avec des mesures d'alphabétisation. Sur le plan strictement psychiatrique, l'assurée

présenterait une capacité de travail complète avec une prise en charge ciblée sur l'alphabétisation. La problématique somatique limitait toutefois la capacité de travail exigible, même dans une activité adaptée, à 50%.

17. Dans un avis du 19 avril 2007, le SMR a constaté suite au rapport d'examen que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles à partir du 26 novembre 1999.
18. Les réadaptateurs de l'OCAI ont alors déterminé le degré d'invalidité de l'assurée. Dans un rapport du 22 mai 2007, ils ont retenu 47'802 fr. à titre de revenu annuel brut sans invalidité et 22'391 fr. à titre de revenu d'invalidité. De la comparaison des salaires avant et après invalidité découlait un degré d'invalidité de 53,2%.
19. Par courrier du 22 mai 2007, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision. La rente entière qui était versée jusqu'alors serait remplacée par une demi-rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision.
20. Par courrier du 8 juin 2007, l'assurée a sollicité un rendez-vous auprès de l'OCAI, qui a eu lieu le 15 juin 2007. À cette occasion, elle a produit différentes attestations médicales dont les principales seront citées ci-après.
21. Dans un rapport du 11 juin 2007, la Dresse L_____, rhumatologue, a expliqué que les points de fibromyalgie étaient négatifs. Selon ce médecin, la patiente ne présentait pas non plus de trouble somatoforme, car elle répondait au médicament Ponstan. Il existait toutefois un seuil de tolérance abaissé à la douleur.
22. Dans un certificat du 11 juin 2007, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était modifié depuis 2003, en particulier avec un syndrome cervico-brachial gauche sur atteinte radiculaire, qui justifiait en soi une incapacité de travail complète.
23. Dans un rapport du 14 juin 2007, le Dr J_____, spécialiste en thérapie neurale, a relevé que l'assurée souffrait d'une double pathologie vertébrale dont la composante cervicale était la plus grave et la plus invalidante, empêchant toute utilisation normale du bras droit, les moindres mouvements étant susceptibles de déclencher des paresthésies violentes. En raison de ces problèmes, tout travail de force était interdit à l'assurée et tout travail requérant l'utilisation du bras gauche impossible.
24. Dans un avis du 2 juillet 2007, le Dr K_____ du SMR a indiqué que les nouvelles attestations médicales versées au dossier n'avaient pas d'influence sur les conclusions du rapport d'examen du SMR.

25. Par décision du 5 septembre 2007, reçue par pli simple le 10 septembre 2007, l'OCAI a réduit la rente entière d'invalidité à une demi-rente depuis le 1^{er} octobre 2007.
26. Par courrier du 8 octobre 2007, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, au maintien de sa rente entière d'invalidité. Elle a fait valoir souffrir d'une hernie discale et cervicale C5-C6, avec un syndrome cervico-brachial gauche, type C6, d'une lombo-sciatalgie L5-S1 et d'importantes contractures paravertébrales, notamment. Sur le plan fonctionnel, l'utilisation du bras gauche était pratiquement impossible et ne permettait pas l'exercice d'une profession. Elle s'est ensuite référée à l'avis de ses différents médecins traitants, qui l'estimaient totalement incapable de travailler. Elle a enfin soutenu que l'OCAI ne pouvait procéder à une révision de sa rente, car sa situation médicale s'était aggravée avec une impossibilité d'utiliser le bras gauche et avec des douleurs lombaires invalidantes et récidivantes. Elle pouvait tout au plus exercer une activité de l'ordre de 20 % maximum. Dès lors, la rente entière d'invalidité devait être maintenue.
27. Dans sa réponse du 7 novembre 2007, l'OCAI, concluant au rejet du recours, a relevé que la rente initiale avait été accordée pour des motifs psychiatriques, fondés sur l'expertise de la Dresse D _____, qui retenait une incapacité de travail totale en raison de troubles psychiques. Dans le cadre de la procédure de révision, il s'était avéré que la recourante présentait actuellement une totale capacité de travail au plan psychiatrique. S'agissant des troubles somatiques, les médecins du SMR avaient finalement conclu que les limitations fonctionnelles entraînaient une totale incapacité de travail dans l'activité antérieure mais qu'il subsistait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, légère, permettant l'alternance de positions et n'imposant pas de manipulations fines avec la main gauche.
28. Dans sa réplique du 18 décembre 2007, la recourante a indiqué qu'au niveau psychique, elle passait par des hauts et des bas. Il lui arrivait de ne pas sortir de chez elle et de ne pas pouvoir se lever le matin. Selon le Dr G _____, il n'y avait pas d'amélioration globale de l'état de santé depuis 2003 et au niveau psychique, malgré les traitements intensifs, l'état douloureux persistait. Ses douleurs étaient réelles et avaient des effets importants sur sa capacité de travail, entraînant des troubles du sommeil et par là-même une fatigabilité ainsi que des troubles psychologiques. Il apparaissait ainsi à l'évidence que sa capacité de travail était toujours nulle.
29. Dans sa duplique du 8 janvier 2008, l'OCAI a persisté intégralement dans ses conclusions.
30. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). La présente cause est ainsi soumise à la LPGA, la procédure de révision ayant été initiée en 2004. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision.

b) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité

de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas.

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de

traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04 et ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

c) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à

savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

e) Aux termes de l'art. 88 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, toute ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88bis al. 2 let. a RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotence prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

f) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes

directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le TFA a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1^{er} juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

5. En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de prestations d'invalidité en janvier 2001, en raison d'une fibromyalgie généralisée intervenue suite à son accident de la circulation. Le Dr C _____ avait à l'époque estimé que sa patiente souffrait d'une sévère fibromyalgie ainsi que d'un état dépressif. Il a précisé, bien qu'il la considérât comme totalement incapable de travailler, qu'elle pouvait tenir la position assise deux à trois heures par jour, utiliser ses deux bras pendant une à deux heures et porter des charges de un à deux kilos. En raison du diagnostic de dépression posée, l'assurée a alors été soumise à une expertise psychiatrique, aux termes de laquelle l'experte a conclu à une totale incapacité de travail en raison de troubles psychiques (trouble somatisation et épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique). Suite à cette expertise, la Dresse E _____ du SMR a retenu que la recourante présentait une incapacité totale de travail depuis le 26 novembre 1998 en raison de troubles psychiatriques. Sur cette base, l'OCAI a, en février 2003, octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 2000.

Il convient ainsi de constater qu'à l'époque de la décision initiale de l'intimé, la rente entière d'invalidité avait été accordée uniquement en raison de motifs psychiatriques et non par rapport à l'atteinte fibromyalgique ou au trouble

somatoforme douloureux, qui, selon le médecin traitant, permettait à l'assurée de travailler dans une activité adaptée.

Lors de la procédure de révision de la rente, la recourante a été soumise à un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. À cette occasion, les deux experts ont diagnostiqué des cervico-brachialgies gauches chroniques persistantes sur hernie discale C5-C6 gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des lombalgies communes dans le cadre de troubles statiques (anomalie transitionnelle lombo-sacrée) et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était un hémisyndrome douloureux gauche persistant sans substrat anatomique adéquat. Les experts n'ont ainsi pas retenu de diagnostic psychiatrique, l'état psychique de l'expertisée s'étant amélioré depuis la première expertise psychiatrique datant de septembre 2002. Ils ont par ailleurs constaté une disproportion importante entre les plaintes et les constatations objectives, qui n'était pas justifiée par un substrat organique. Cependant, les experts ont relevé que les troubles somatiques, à savoir une hernie discale cervicale, une cervico-brachialgie gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche et de discrets troubles dégénératifs au niveau lombaire avaient une influence sur la capacité de travail de l'assurée. En effet, celle-ci ne pouvait effectuer qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et à 50%, en raison de la réalité des troubles somatiques. Quant au syndrome douloureux gauche persistant sans substrat anatomique adéquat, il n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail et révélait une amplification des plaintes qui étaient disproportionnées par rapport aux atteintes à la santé objective.

Il convient tout d'abord de relever que cet examen a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. Il est en effet détaillé, comporte une anamnèse, analyse les plaintes de la recourante, comporte des diagnostics précis et des conclusions claires et motivées qui convainquent le Tribunal.

Ainsi, il y a lieu de constater que l'état psychique qui avait fondé l'octroi de la rente entière d'invalidité s'est amélioré, puisqu'à l'heure actuelle, la recourante ne présente plus de troubles psychiques. En effet, les motifs psychiatriques pour lesquels la rente entière avait été accordée ne sont plus présents. À ce titre, la décision initiale d'octroi de rente pouvait être révisée. En revanche, force est de constater que les atteintes somatiques se sont aggravées depuis l'octroi initial de la rente, mais celles-ci laissent toutefois à la recourante une capacité résiduelle de travail à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui sont les suivantes : s'agissant de la cervico-brachialgie gauche et de la capsulite rétractile de l'épaule gauche : pas de travail sollicitant le membre supérieur gauche en force au niveau de la ceinture scapulaire ni de travail imposant des manipulations fines avec la main gauche compte tenu des troubles sensitifs, pas de travail imposant le maintien prolongé de la tête dans une position immobile quelconque; s'agissant du rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la

position debout, pas de soulèvement ni de port de charges, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Par ailleurs, la recourante a produit, après expertise, plusieurs attestations de ses médecins traitants. La Dresse L_____ ne diagnostique quant à elle ni fibromyalgie ni trouble somatoforme persistant. Cependant, elle n'explique pas l'ampleur des plaintes par rapport au substrat organique. Selon le Dr F_____, l'incapacité de travail est complète en raison du syndrome cervico-brachial gauche sur atteinte radiculaire. Cet avis n'est cependant nullement motivé et ne saurait remettre en cause les conclusions des experts. Quant au Dr J_____, il considère implicitement que sa patiente présente une capacité résiduelle de travail, puisqu'il pose ses limitations fonctionnelles, à savoir interdiction du travail de force et de l'utilisation du bras gauche.

Ainsi, il convient de constater que les conclusions de l'expertise convainquent et ne sont pas remises en cause par les avis peu motivés des médecins traitants. Partant, le Tribunal de céans retiendra que la recourante présente actuellement une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée.

Comme il a été dit ci-dessus, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré du point de vue de la capacité de travail depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité, puisqu'elle présente actuellement une capacité de 50%, alors qu'à l'époque, en raison de ses troubles psychiques, sa capacité de travail était nulle. Cependant, pour déterminer le degré d'invalidité actuel et son influence sur le droit à la rente, il convient de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité.

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des Enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

7. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2007. Cependant, les derniers chiffres disponibles résultant des Enquêtes sur la structure des salaires datent de 2006. C'est donc cette année qui sera l'année de référence pour la comparaison des revenus.

Dans un questionnaire du 30 octobre 2001, l'employeur de l'assurée, ISS Holding SA, indique que celle-ci gagnait en 1999 3'700 fr. x 12, soit 44'400 fr. par an. Ce montant doit être réévalué à l'année 2006 par le biais des indices des salaires nominaux et réels pour les femmes (la Vie économique, 3-2008, tableau B10.3, page 99), ce qui le porte à 49'775 fr.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est également celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé en 2006, à savoir soit à 4'019 fr. par mois ou 48'228 fr. par an. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux atteintes somatiques de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7), ce montant doit être porté à 50'277 fr. 70. Comme la recourante ne peut travailler qu'à 50%, ce chiffre doit être divisé par deux, ce qui porte le revenu d'invalidé à 25'138 fr. 85. Enfin, compte tenu d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles, du taux d'occupation, du

permis de travail et de la nationalité, le revenu d'invalidé - taux retenu par l'OCAI et qui n'est pas critiquable - s'élève à 22'625 fr.

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 54,54%, qui ouvre droit depuis le 1^{er} janvier 2004 à une demi-rente ($[49'775 \text{ fr.} - 22'625 \text{ fr.}] \times 100 : 49'775 \text{ fr.} = 54,54$). Aussi convient-il de constater que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2007, en vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI et compte tenu du fait que la décision a été notifiée en septembre 2007.

8. Partant, il y a lieu de constater que le recours sera très partiellement admis (octroi de la demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2007 et non depuis le 1^{er} octobre 2007).
9. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement.
3. Annule la décision de l'OCAI du 5 septembre 2007.
4. Constate que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2007.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le